UISP sportpertutti

COMITATO TERRITORIALE RAVENNA-LUGO

CENTRO ESTIVO SPORT DARSENA 2021

INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La sottoscritto/a_____ C.F. _____

Residente a_____

In Via_____ n°_____ CAP _____

Tel._____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/Tutore del minore: (Cognome e nome) _____

C.F. _____ Turno di partecipazione al CRE UISP _____

dal _____ al _____

DICHIARA

□ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

□ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____ Firma del Genitore _____